



Ministère des affaires sociales et de la santé

**DOSSIER DE DEMANDE EN VUE D'UNE ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES AUTONOMES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

NOM :

PRENOM :

DATE DE DEPOT : __/__/__

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

- PHOTOCOPIE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION
- PHOTOCOPIE DES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS

DEMANDE :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :
PLUS LOINTAINE.

IMMEDIAT.

DANS LES 6 MOIS, ECHEANCE

TYPE D'HEBERGEMENT/ACCOMPAGNEMENT RECHERCHE :

HEBERGEMENT PERMANENT,

HEBERGEMENT TEMPORAIRE,

ACCUEIL COUPLE SOUHAITE

OUI, NON.

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : __/__/__

DUREE SOUHAITEE DU SEJOUR POUR L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE: _____

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 PAGES)

1. ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...):

2. COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--

Commune/Ville

--

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

--

3. PROTECTION JURIDIQUE

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL (TUTEUR DESIGNÉ)

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue,
boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--

Commune/Ville

--

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

4. SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE A LA DATE DE LA DEMANDE :

Domicile Chez enfant/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD / SAD¹

Accueil de jour

Autre (préciser)

--

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

--

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON
La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

5.

6. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom
Prénom

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

7. ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Caisse de retraite _____

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

COMMENTAIRES

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

* Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

❖ Principaux motifs de l'inscription en hébergement permanent : (Préciser les 2 principaux motifs)

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Changement de structure | N°1 - N°2* |
| <input type="checkbox"/> Admission du conjoint en établissement | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Epuisement de l'entourage, perte de soutien familial ou conjoint décédé | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Inadaptation du logement | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Rapprochement familial | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Isolement, insécurité, lien social | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Aggravation de la dépendance à domicile | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Sortie d'hôpital avec retour à domicile impossible | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | |

.....

* Il s'agit du niveau de priorité, merci d'entourer la réponse

❖ Principaux motifs de l'inscription en hébergement temporaire : (Préciser les 2 principaux motifs)

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Transition après hôpital pour assurer le retour au domicile | N°1 - N°2* |
| <input type="checkbox"/> Difficultés momentanées saisonnières de vie à domicile | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Difficultés momentanées de vie à domicile pour autres raisons | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Soulagement soutien familial | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Période d'essai de vie en collectivité | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Attente d'un hébergement permanent | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement pour personnes souffrant d'Alzheimer ou de syndromes apparentés | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | |

.....

* Il s'agit du niveau de priorité, merci d'entourer la réponse

❖ Informations diverses :

♦ Caisse de sécurité sociale :

- CPAM MSA Autre :

Adresse :

♦ Mutuelle : nom et adresse :

.....

Numéro de mutuelle :

♦ Aide personnalisée au logement :

- OUI NON

- APL Allocation logement

CAF ou MSA de :

N° d'allocataire :

❖ Informations complémentaires à la fiche médicale :

En rapport avec la grille AGGIR : item sur la cohérence :

- A B C

- communication : A B C

- comportement : A B C

Date de la demande : / /

Nom-prénom de la personne :

Fiche de renseignements complémentaires

A destination des établissements

Cette fiche a été élaborée par le Département d'Ile-et-Vilaine après un travail réalisé avec des établissements d'hébergement du département.
Le recueil des informations ci-dessous est nécessaire dans le cadre d'une entrée en établissement et non d'une inscription. En effet, les éléments qui suivent sont à recueillir par l'établissement lors de l'entretien préalable à l'entrée qui sera organisé avec la personne âgée. Les informations que la personne aura bien voulu délivrer serviront de base à l'établissement pour définir avec la personne son projet d'accompagnement dans la continuité de ses habitudes de vie et lui proposer les prestations qui correspondront le mieux à ses attentes.

Informations complémentaires

Lieu de vie habituel

- Maison individuelle
 Appartement

- En centre ville - bourg
 Hors du centre ville - bourg

Vie professionnelle

La personne a-t-elle occupé une activité professionnelle ?

- Oui Non

Si oui, dans quel domaine ?

Quelle était son activité principale :

Loisirs / occupations

- Jardinage
 Lecture
 Tricot - couture
 Cinéma - TV
 Promenades - sorties
 Activités d'expression
 Relaxation - détente
 Soins du corps
 Religion :

- Jeux de société, de cartes
 Musique (écoute, pratique d'un instrument...)
 Chant
 Cuisine
 Activités sportives :

Danse :

Participation spectacle

Aller au marché - commerces

Vie associative

Participe-t-elle à un club de retraités ?

- Oui Non

Participe-t-elle à des associations culturelles ?

- Oui Non

Participe-t-elle à d'autres activités de type associatif ?

- Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Divers

A-t-elle des passions particulières ?

Date : / /

Fiche de renseignements relatifs à la fin de vie

A destination de l'établissement après entretien avec la personne lors de son séjour ou classement au dossier médical

Il est important que l'établissement informe les personnes âgées des dispositions légales qui prévoient la possibilité de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance.

Ces éléments seront à compléter par l'établissement selon les informations que la personne âgée lui aura indiquées.

Il est important que l'établissement respecte le souhait de la personne d'aborder ce sujet et qu'il l'accompagne si nécessaire dans cette réflexion.

L'important pour l'établissement n'est pas de connaître le contenu des directives anticipées lorsqu'il s'agit d'éléments médicaux, mais de savoir que la personne a effectivement rédigé un tel document et de savoir où il se trouve. L'établissement devra veiller au respect de la confidentialité de ce document.

1) La personne âgée a-t-elle rédigé des directives anticipées dans les conditions prévues par l'article L 1111-11 du code de la santé publique ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui, date : / /

Les directives anticipées ont été intégrées au dossier médical : Oui Non

Si oui, date : / /

Rappels :

art. R 1111-17 du code de la santé publique : « Les directives anticipées mentionnées à l'article L 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Toutefois, lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées. »

L'identification du détenteur et ses coordonnées sont mentionnées par le patient lui-même dans son dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical constitué lors de l'hospitalisation. Dès lors, toute personne admise dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social pourra porter à la connaissance des médecins l'existence de directives anticipées, transcription de cette indication devant être faite dans le dossier médical.

A noter que ces directives anticipées sont valables 3 ans. Elles sont contenues dans le dossier médical ou celui-ci indique le lieu où elles sont contenues.

Les directives anticipées « peuvent mentionner les valeurs philosophiques, religieuses et culturelles de la personne ainsi que l'autorisation ou non de recourir à certaines techniques de soins » (cf : guide de recommandations de bonnes pratiques de soins).

A-t-elle des souhaits particuliers concernant les activités attendues dans l'établissement ?

Autres informations relatives à la vie quotidienne

- Heure habituelle du lever :
- Heure habituelle du coucher :
- Petit déjeuner habituel :
- Plats préférés :
- Attentes d'un point de vue de l'alimentation :

◦ Habitudes concernant le coucher :

◦ Le sommeil : Sieste habituelle : durée :

◦ La nuit :

- temps de sommeil en moyenne :

- qualité du sommeil :

◦ La toilette : type de toilette habituel, fréquence :

Prestataires habituels

Professionnels para-médicaux / médicaux : (nom ou cabinet - N° Tél.)

◦ Kinésithérapie :

◦ Pédicure :

◦ Cabinet infirmier :

◦ Ophthalmologiste :

◦ Dentiste :

◦ Pharmacie :

◦ Ambulancier :

Divers :

◦ Coiffeur :

◦ Autres :

Autres éléments d'informations

Oui Non Ne sait pas

si oui : date : / /

Art. L 1111-6 CSP : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

à noter que les établissements peuvent se référer au code de la santé publique en la matière ainsi qu'au guide de recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD, pages 112 et suivantes.

La personne a-t-elle souscrit un contrat d'objectives ?
 Oui Non Ne sait pas

Recommandations diverses (autres renseignements, etc.) :

.....
.....
.....
.....
.....

DOSSIER MEDICAL A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

(2 PAGES)

AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom - Prénom

ADRESSE - N° Voie,
rue, boulevard

Code

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS — JOINDRE LES ORDONNANCES

Taille

Poids

Amaigrissement récent

Oui

Non

CONDUITES A RISQUE

Alcool

Tabac

Sevrage

Oui

Non

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

Oui

Non

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (à préciser)

Oui

Non

RISQUE DE CHUTE Oui Non RISQUE DE FAUSSE ROUTE Oui Non SOINS PALLIATIFS Oui Non

ALLERGIES Oui Non *si oui, préciser*

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE Oui Non *si oui, préciser*
 Ne sait pas
date du dernier prélèvement

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A ²	B ³	C ⁴
Transfert				
Déplacement	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	haut			
	bas			
Elimination	urinaire			
	fécale			
Habillage	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				
Comportement				
A compléter ???				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idees délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		

APPAREILLAGES	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

SOINS TECHNIQUE	Oui	Non
Oxygénothérapie continue		
Oxygénothérapie Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		
Pompe (morphine, insuline, ...)		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

Localisation :

Stade :

Durée du soin :

Type de pansement (à préciser : pression négative, ...) :

COMMENTAIRES (MMS, évaluation gérontologique, ...) ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs, ...)

MEDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)
 Nom - prénom

SIGNATURE, DATE ET CACHET DU MEDECIN

² A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement
³ B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement
⁴ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement